CREF4/SP Conselho Regional de Educação Física da 4ª Região

QUADRO TÉCNICO

NOME DO ÓRGÃO (de acordo com o CNPJ e Atos Constitutivos)	Nº DE REGISTRO DO ÓRGÃO NO CREF4/SP

Profissionais Graduados

NOME COMPLETO (de acordo com a Cédula de Identidade Profissional)	Nº DE REGISTRO NO CREF4/SP

Profissionais Provisionados

NOME COMPLETO (de acordo com a Cédula de Identidade Profissional)	ATUAÇÃO (Modalidade)	Nº DE REGISTRO NO CREF4/SP

_____,_____ de_____de_____

Local e Data

RESPONSÁVEL TÉCNICO (Nome completo)	Nº DE REGISTRO NO CREF4/SP	ASSINATURA (Obrigatória e idêntica ao doc. de identidade)

REPRESENTANTE LEGAL (Nome completo)	ASSINATURA (Obrigatória e idêntica ao doc. de identidade)

REPRESENTANTE LEGAL (Nome completo)	ASSINATURA (Obrigatória e idêntica ao doc. de identidade, em caso de administração conjunta)

ATENÇÃO Preencher em duas vias, de igual teor. Uma delas será devolvida pelo CREF4/SP, conferida e protocolizada.

Espaço reservado para preenchimento do CREF4/SP

Conferência e Protocolo de via (s) recebida (s)

SEDE
Rua Líbero Badaró, 377, 3º andar, Centro
São Paulo/SP, CEP 01009-000
11 3292-1700
crefsp@crefsp.gov.br
www.crefsp.gov.br